

EFICACIA SOSTENIDA EN EL TIEMPO DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS VERTEBRALES

José Eloy Oller Rodríguez¹, Elena Grau García¹, Samuel Leal Rodríguez¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Laura Mas Sánchez¹, Carmen Riesco Bárcena¹, Anderson Víctor Huaylla Quispe¹, Cristóbal Pávez Perales¹, Marta De la Rubia Navarro¹, Isabel Martínez Cordellat¹, Carmen Nájera Herranz², Rosa Negueroles Albuixech¹, Francisco Miguel Ortiz Sanjuan¹, Elvira Vicens Bernabéu¹, Inés Cánovas Olmos¹, Jorge Juan Fragó Gil¹, Luis González Puig¹, José Ivorra Cortés¹, José Andrés Román Ivorra¹.

¹ Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas vertebrales constituyen un considerable problema sociosanitario, y su presencia es el principal factor de riesgo para la aparición de nueva fractura vertebral.

Pese a la disponibilidad de diferentes fármacos para su prevención secundaria, hay pocos estudios comparativos en práctica clínica real.

OBJETIVOS

Evaluar la aparición de nuevas fracturas vertebrales en función de la estrategia terapéutica elegida como prevención secundaria en pacientes con fractura vertebral previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, incluyendo pacientes que habían presentado su primera fractura vertebral entre 2010 y 2018 en los cuales se evaluó la aparición ulterior de nuevas fracturas vertebrales.

Seleccionamos únicamente aquellos pacientes que habían completado un periodo mínimo de 18 meses de prevención secundaria con fármacos antirresortivos, o bien un esquema secuencial (tratamiento anabólico seguido de, al menos, 1 año con un fármaco antirresortivo), y se excluyeron aquellos pacientes que habían presentado nuevas fracturas en los primeros 6 meses de tratamiento. Se realizó, finalmente, ajuste por tiempo de tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 452 pacientes sobre una base inicial de 1184, con predominio femenino (83% del total). La media de edad de la primera fractura vertebral fue de 69,2 años, siendo de 51,4 meses la latencia media hasta refractura, presente en el 4,7% de pacientes. Se clasificaron las diferentes estrategias de prevención secundaria en función de las diferentes opciones terapéuticas, como vemos en la tabla.

Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tratamientos, pero sí una menor probabilidad de refractura en los casos tratados con tratamiento secuencial con teriparatida y denosumab (figura 1).

Finalmente, tras realización del análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, se observa una menor probabilidad de refractura en los casos tratados con teriparatida seguida denosumab, siendo ésta mayor en los pacientes tratados con teriparatida seguida de bifosfonato oral (figura 2).

Opción farmacológica	Pacientes (%)	Nuevas fracturas (%)
Denosumab	205 (45.35%)	10 (4,87%)
Bisfosfonato oral (alendronato, risedronato o ibandronato)	75 (16.59%)	5 (6,66%)
Zoledronato	38 (8,41%)	3 (7,89%)
Teriparatida + Denosumab	94 (20,8%)	0 (0%)
Teriparatida + Bisfosfonato oral	36 (7,96%)	3 (8,33%)
Teriparatida + Zoledronato	4 (0,89%)	0 (0%)

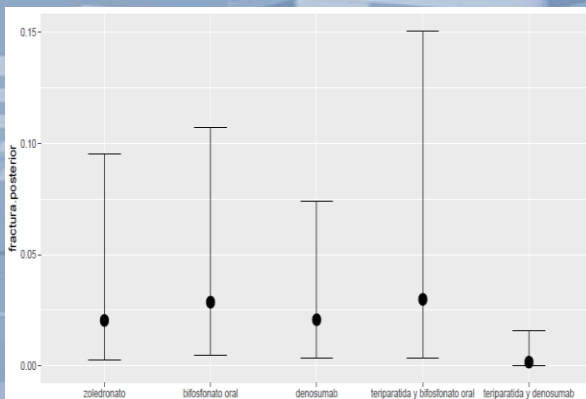


Figura 1.

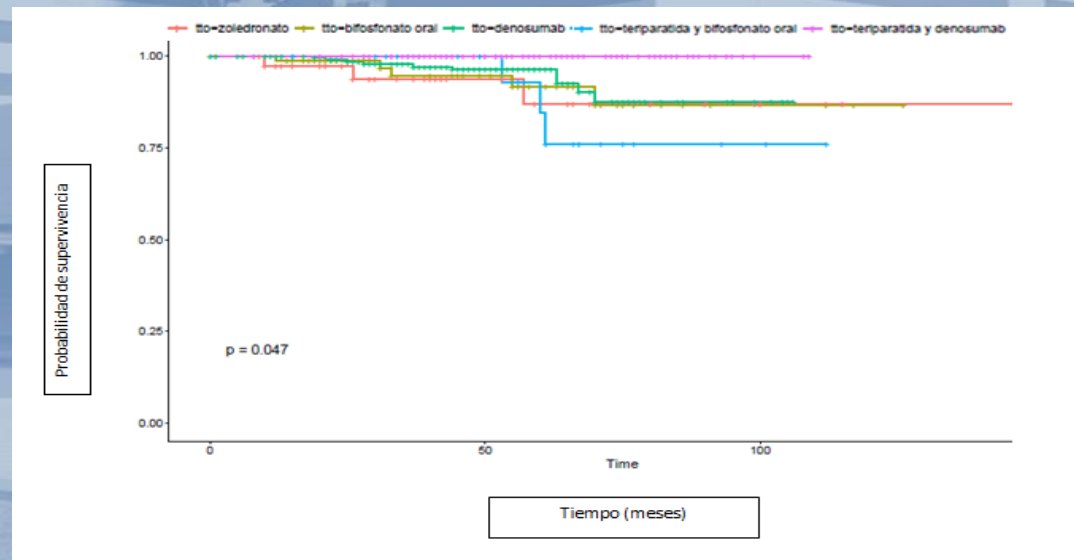


Figura 2.

CONCLUSIONES

Se observó menor probabilidad de refractura en los pacientes con fractura vertebral previa que recibieron tratamiento secuencial, con teriparatida seguida de denosumab.

